

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 101

TUBERCULOSE DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Janvier 1932

PAR

François-Marie MOREL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LANDUNVEZ (Finistère), le 16 janvier 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		SELLIER, professeur.....	{ Juges.
		CREYX, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 101

TUBERCULOSE DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 Janvier 1932

PAR

François-Marie MOREL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à LANDUNVEZ (Finistère), le 16 janvier 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		SELLIER, professeur.....	Juges.
		CREYX, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Pieusement, je dédie ce modeste travail

A MA MERE

Faible hommage d'une infinie tendresse.

Sa vie toute de travail et d'abnégation sera pour moi le meilleur exemple.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

Qui fut, à mes côtés, aux heures difficiles de la vie, le meilleur des guides, le plus ferme des appuis et la plus douce des consolations.

Qu'elle soit auprès de moi dans la joie comme elle l'a été dans la peine.

A MES BEAUX-PARENTS

Qu'ils trouvent ici l'expression d'une
gratitude émue pour la douce affection
qu'ils m'ont toujours prodiguée.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et le grand honneur qu'il nous fait encore aujourd'hui.

TUBERCULOSE DE L'ADÉNOME DE LA PROSTATE

AVANT-PROPOS

La tuberculose de l'adénome de la prostate est une affection peu connue dans la littérature médicale. L'adénome prostatique et la tuberculose de la prostate ont été très souvent traités, mais la question que nous nous proposons d'étudier est toute nouvelle, étant donnée la difficulté de diagnostiquer cette affection sur le malade même. Ceci explique le nombre restreint de nos observations.

Nous tenons, dans notre Avant-Propos, à préciser ce qu'il faut entendre par tuberculose de l'adénome prostatique. Nous voulons dire par là que la tuberculose vient se greffer sur un adénome déjà existant. Nous ne voulons pas croire que c'est une infection tuberculeuse de la prostate préexistante qui, par une action irritative ou autre, provoquerait la formation de l'adénome. La thèse de Friedmann nous explique cette différence : « A l'occasion de la discussion de l'observation sur la tuberculose dans l'adénome de la prostate, M. Verliac a posé la question du rapport entre cette infection tuberculeuse et la genèse de l'adénome : est-ce l'irritation produite

par le bacille de Koch qui a provoqué la néoformation glandulaire, ou bien le bacille n'est que greffé sur un adénome préexistant ?... »

Nous croyons qu'il y a peu de chances pour que la tuberculose provoque une semblable prolifération glandulaire.

Si l'on admet, avec Albarran et Hallé, que l'hypertrophie prostatique est une véritable néoplasie, toute discussion de pathogénie de l'adénome se résume à la discussion de la pathogénie des tumeurs en général. Or, il est admis aujourd'hui que toutes les causes qu'on a périodiquement invoquées pour expliquer la néoformation, telles que l'irritation continue, traumatisme, infection, parasitisme, toutes ces causes ne sont que des causes prédisposantes, d'importance secondaire, et pas du tout déterminantes, et que l'origine des tumeurs doit être cherchée dans l'éclosion des cellules embryonnaires restées jusque-là latentes.

Devant ces faits, nous ne comprenons pas pourquoi il faudrait attribuer à la présence de la tuberculose dans l'adénome un rôle créateur pour cet adénome.

Avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, nous croyons nécessaire de revoir brièvement la tuberculose de la prostate, et surtout les voies de cette tuberculisation. Car, si la prostate s'est transformée par suite du développement de l'adénome, les voies d'apport du microbe pathogène sont les mêmes. Aussi, dans une première partie, nous ne nous occuperons que de cette question.

Que M. le Professeur J. Duvergey, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale et qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, reçoive ici l'hommage de nos sentiments les plus reconnaissants et les plus respectueux.

Nous tenons à remercier également M. A. Bœckel, de Strasbourg, qui a eu l'amabilité de nous communiquer son observation.

PREMIÈRE PARTIE

LA TUBERCULOSE DE LA PROSTATE VOIES DE TUBERCULISATION

La bacillose de la prostate est une maladie assez fréquente, mais qui, bien souvent, demeure pendant très longtemps latente. En effet, le symptôme ne se révèle qu'au dernier stade, c'est-à-dire lorsque l'on se trouve en présence d'une masse caséeuse. Or, le tubercule évolue dans la prostate suivant le processus général : la granulation grise est la formation initiale, mais il est rare de l'observer; la granulation jaune (2^e stade). Puis ces nodules s'agglomèrent en masses caséeuses d'un blanc jaunâtre qui, habituellement, se liquéfient en un magma puriforme constituant un abcès tuberculeux (3^e stade).

Le voisinage de l'urètre et du rectum fait l'intérêt de ces lésions. Nous pouvons donc envisager deux formes :

- a) forme urétrale;
- b) forme rectale,

suivant que la lésion est localisée au voisinage de l'urètre ou du rectum, d'où le pus peut fuser vers l'extérieur, trouvant ainsi deux modes d'écoulement vers le dehors.

*
* *

Mais par quel mécanisme le bacille de Koch vient-il se localiser dans la prostate ? On sait que la propagation du microbe tuberculeux peut se faire suivant plusieurs façons.

En premier lieu, nous citerons la voie hématogène, qui est la plus importante; puis la voie lymphatique; la voie génitale dans laquelle le bacille vient soit de l'épididyme, du testicule ou du canal déférentiel; enfin la voie urinaire, que l'on peut diviser en ascendante (mode d'infection rare) et en descendante (origine rénale).

Cette tuberculose prostatique est-elle due à telle ou telle voie ? Tous ces modes de propagation de l'infection sont possibles, et l'expérimentation l'a prouvé. Cependant les nouvelles théories donnent plus d'importance à la propagation par la voie sanguine. Et nous sommes à même de conclure que la tuberculose de la prostate entre alors dans le cadre de la septicémie bacillaire. D'ailleurs, dans le cas de tuberculose de l'adénome prostatique qui nous occupe, les voies d'accès étant pourtant les mêmes, nos observations tentent à nous confirmer cette dernière théorie.

DEUXIÈME PARTIE

TUBERCULOSE DE L'ADÉNOME PROSTATIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La connaissance de la tuberculose de l'adénome de la prostate est de date toute récente.

La première observation que nous trouvons dans la littérature chirurgicale est celle de M. le Professeur J. Duvergey, qu'il a rapportée au Congrès français d'urologie de 1923, insistant même sur ce point que, jusque-là, aucun fait semblable n'avait été signalé.

M. Marion communique à la séance de la Société française d'urologie de 1923 un autre cas.

M. Legueu et M. Verliac relatent un cas semblable.

Enfin, M. A. Boeckel expose un autre cas à la Société française d'urologie le 16 décembre 1929.

Depuis cette date, aucune autre observation n'a été publiée.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Au cours de notre séjour dans les hôpitaux, il ne nous a pas été donné de voir personnellement des cas de tuberculose de l'adénome prostatique. Nous ne pouvons que publier les rares observations connues de cette infection.

OBSERVATION I.

(Rapportée par M. le Professeur DUVERGEY.)

G... (Julien), âgé de 67 ans, entre le 16 juin 1923 dans le Service du Professeur Duvergey (de Bordeaux) pour une rétention d'urine datant de trois jours, du 13 juin.

Antécédents. — Aucun antécédent héréditaire intéressant. Pas de maladies. S'enrhumait facilement l'hiver. Depuis sept ou huit ans, se lève la nuit pour uriner; urine assez péniblement : le jet est sans force. En 1921, se levait trois fois par nuit. A cette époque, a vu un spécialiste qui a pratiqué le toucher rectal et a porté le diagnostic d'adénome prostatique. En janvier 1923, a présenté deux abcès de la paroi thoracique gauche qui ont été ponctionnés à diverses reprises.

Histoire de la maladie. — Depuis la fin d'avril 1923, une pollakiurie s'installe progressivement. Dans le courant de mai, le malade urine toutes les heures. L'urine est claire. Le 13 juin, rétention d'urine qui nécessite un sondage biquotidien. C'est dans ces conditions que le malade entre à l'hôpital, où aussitôt on met en place une sonde à béquille à demeure. L'examineur porte le diagnostic d'adénome prostatique volumineux. C'est le diagnostic de tous ceux qui examinent le malade.

Examen du malade. — Homme qui a les apparences vigoureuses. Sa sonde à demeure a évacué 2 litres d'une urine un peu trouble dans les vingt-quatre heures. Les reins ne sont ni douloureux, ni perceptibles. Les points urétéraux sont indolores. L'appareil épидидymo-testiculaire, ainsi que les canaux déférents, sont normaux. Le toucher rectal décèle une prostate très volumineuse faisant une saillie dans la cavité rectale. Il existe un sillon médian. On note à peine quelques variations de consistance. A côté des régions fermes et dures se trouve une zone centrale un peu ramollie. La configuration extérieure de la tumeur n'est pas d'une régularité parfaite : quelques bosselures sont comme ébauchées, mais rien de net à ce sujet. Les vésicules séminales sont perceptibles des deux côtés.

Au niveau du cinquième espace intercostal, au-dessous et à gauche du mamelon, ulcération consécutive à un abcès froid ouvert, à bords décollés, violacés et amincis, à fond grisâtre. La côte sous-jacente est tuméfiée et un peu douloureuse. Postérieurement, au-dessous de l'ulcération précédente, abcès froid non fistulisé avec une septième côte un peu douloureuse à son niveau.

L'auscultation indique l'existence au sommet gauche de quelques râles sous-crépitaants. Pas de fièvre. L'appétit est conservé. L'examen de crachats a été pratiqué plusieurs fois : il a été révélé, à un examen, l'existence de quelques rares bacilles de Koch (25 juillet 1923).

L'examen cysto-bactériologique de l'urine a montré, le 18 juin 1923, de nombreux polynucléaires, des hématies, déchets épithéliaux. Très nombreux bacilles à Gram négatif. Quelques cocci à Gram positif. Pas de bacille de Koch.

Azotémie, 0 g. 50. Constante, 0,13.

On conclut, d'après les examens précédents, à un adénome prostatique, peut-être tuberculisé.

Le 23 juin 1923, sous rachianesthésie, cystostomie. La prostate, explorée par le toucher intravésical, est volumineuse, semble régulière.

Le 9 juillet 1923, l'azotémie était tombée à 0,20. Prostatectomie transvésicale sous rachianesthésie. Un gros adénome est enlevé rapidement et facilement. Le plan de clivage a été trouvé facilement.

La tumeur, ouverte au bistouri, présente par places l'aspect habituel de l'adénome prostatique; dans son centre, on distingue plusieurs foyers séparés les uns des autres et nettement caséifiés : ils présentent l'aspect classique du marron cru. Pas d'abcès. Tout autour à la périphérie, la tumeur a l'aspect de l'adénome banal.

La pièce a été étudiée par le Professeur Sabrazès, qui a envoyé la note suivante : « Prostate infiltrée de territoire caséeux, tellement nécrosée qu'on ne reconnaît plus une seule cellule dans certaines régions, sauf çà et là quelques amas adénomateux nécrosés; follicules tuberculeux, reconnaissables en certains points. »

Un autre segment de la prostate montre du tissu adénomateux classique et, à côté, une zone tuberculisée.

Suites opératoires normales. Le tube de Marion est enlevé le septième jour, remplacé par une sonde Pezzer, enlevée quelques jours après.

Le 1^{er} août, la plaie opératoire est atone, n'a pas tendance à se fermer. Il a, depuis une vingtaine de jours, une sonde de Cliquet à demeure dans la vessie. Les lésions pulmonaires ont progressé.

Le 9 août, le malade quitte l'hôpital amaigri, avec une plaie hypogastrique toujours atone, malgré l'emploi en pansement d'huile goménolée, de liquide de Calot et même de thermo-cautérisation légère des tissus.

OBSERVATION II.

(Rapportée par M. le Professeur LEGUEU et M. VERLIAC.)

Il s'agit d'un homme de 56 ans, soigné depuis longtemps pour un rétrécissement gonococcique peu serré de l'urètre, ayant eu, en 1915, une double épидidymite fistulisée qui a suppuré jusqu'en 1922. Depuis ce moment, le malade a présenté une légère rétention avec urines troubles et souvent terminales. Au mois de juin 1924, il présente une crise de rétention complète : la vessie, pleine de caillots, est évacuée; le sondage et surtout les lavages vésicaux paraissent particulièrement douloureux. Au toucher, la prostate est large, de forme et de consistance régulières.

Le 26 juin, on fait, sous anesthésie rachidienne, une cystostomie.

Le lobe moyen paraissait un peu végétant; on en excise un fragment pour savoir s'il s'agit d'un néoplasme. Et c'est avec surprise qu'on trouve à l'examen histologique des lésions tuberculeuses paraissant développées sur un adénome sous-urétral en évolution.

La prostatectomie est effectuée le 29 novembre 1924. Extraction facile d'un gros adénome. Suites opératoires normales; fermeture spontanée de la cystostomie dans les délais normaux.

L'examen de la pièce montre un adénome à trois lobes. Sur le lobe moyen, la muqueuse paraît un peu oedémateuse; on note une petite tache jaunâtre sous-muqueuse, mais aucune cicatrice de l'intervention antérieure n'est visible.

Sur les différentes sections que nous pratiquons l'adénome paraît normalement lobulé; mais sur la surface de section du lobe moyen on trouve deux ou trois zones très congestionnées et en de nombreux points des trois lobes, surtout des lobes latéraux, des taches jaunâtres analogues à celles qu'on a coutume de voir dans l'infection chronique de l'adénome.

L'examen histologique a porté sur la biopsie du mois de juin et sur les différents lobes de l'adénome énucléé. Dans tous on est en présence d'un adénome présentant des lésions d'infection banale et des lésions tuberculeuses.

L'adénome est du type glandulaire-végétant, volontiers kystique, avec un ou deux petits nodules fibreux au voisinage de l'urètre.

Les lésions d'infection sont particulièrement intenses sur la biopsie, où elles se traduisent par un afflux intense et localisé de polynucléaires et par des lésions de nécrose superficielle plus ou moins étendues suivant les points. Elles coexistent avec des lésions tuberculeuses, mais ne paraissent pas en relation avec elles. Sur les coupes de l'adénome, elles sont très réduites, et, sur certaines, manquent absolument. La cystostomie a exercé sur elles son influence curative habituelle; elle n'a eu aucune action sur les lésions tuberculeuses.

Les lésions tuberculeuses se présentent sous différents aspects.

Dans la muqueuse, on ne trouve guère que des petits tubercules, la plupart non caséeux, logés sous l'épithélium stratifié normal de la vessie; ce n'est qu'en un point qu'une ulcération superficielle indique une lésion tuberculeuse un peu plus avancée.

Dans un petit nodule fibreux voisin de l'urètre, la tuberculose ne se montre que sous forme de tubercules microscopiques purement lymphocitaires ou lympho-épithélioïdes.

Dans les nodules glandulaires adénomateux, les lésions, irrégulièrement disséminées, revêtent de préférence la forme de tubercules conglomérés, de structure classique, avec dégénérescence caséuse; ces lésions ne sont jamais très étendues. On trouve aussi des tubercules solitaires, particulièrement intéressants à étudier, car, au contraire de ce qui se passe dans les blocs tuberculeux, l'adénome, à leur niveau, conserve sa structure. On peut alors constater que les plus petits tubercules se constituent au niveau des culs-de-sac glandulaires : il est possible notamment de voir, sur un tube glandulaire, l'emplacement de deux ou trois cellules épithéliales occupé par une cellule géante sans que la paroi du tube ou son voisinage présente aucune autre lésion.

OBSERVATION III.

(MARION.)

M... (Albert), entre le 12 avril 1923 dans le Service liviale à l'Hôpital Lariboisière pour une rétention complète aiguë datant de huit jours. Depuis plusieurs années déjà le malade avait de la peine à uriner et présentait de la pollakiurie nocturne. Au toucher rectal, la prostate apparaissait comme un adénome banal, volumineux. L'examen des testicules et des épидидymes ne révélait absolument aucune lésion.

Premier temps : Cystostomie le 22 avril 1922.

Second temps : Prostatectomie le 16 mai.

Au cours de cette prostatectomie, il me semble sentir, dans la paroi gauche de l'adénome, une masse un peu plus dure que les parties environnantes, de sorte que je pense qu'il s'agit d'un début de dégénérescence épithéliomateuse de l'hypertrophie prostatique.

A la coupe que je pratique sur la masse enlevée, je constate qu'il existe, en effet, un noyau central jaunâtre, ne ressemblant en rien, microscopiquement, à un noyau cancéreux, et à ce moment déjà j'é mets l'hypothèse d'un noyau tuberculeux. L'examen histolo-

gique, pratiqué par M^{lle} Kagan, confirme cette hypothèse et montre nettement une tuberculose avec cellules géantes au centre d'une masse adénomateuse.

Les suites de l'opération furent identiques à celles d'une intervention pour hypertrophie de la prostate.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. A. BOECKEL, Strasbourg.)

R... (M.), 69 ans, rentier, m'est adressé, le 13 mai 1929, par le Docteur Neidhardt (de la Petite-Pierre) pour une dysurie très prononcée.

Dans ses antécédents, nous relevons des troubles cardio-vasculaires, pour lesquels il a été traité en 1913 et 1914. N'est pas sujet aux bronchites, n'a jamais craché de sang. Pas d'antécédents vénériens.

L'affection actuelle remonte à trois ans environ. Elle a débuté par une légère pollakiurie, surtout nocturne, qui est restée stationnaire assez longtemps. Depuis six mois, la pollakiurie a beaucoup augmenté, et le malade éprouve en outre depuis deux mois de grandes difficultés à uriner. Jamais, toutefois, il n'y eut de rétention complète; n'a jamais été sondé.

Examen. — Assez bon état général en dépit des troubles circulatoires. Température normale. Langue humide. Urines claires; albumine, 0 g. 15 p. 1.000; pas de sucre.

Au toucher rectal, la prostate est nettement augmentée de volume, mais de consistance normale; pas de bosselures, pas d'indurations. Il s'agit, du moins nous le croyons, d'un adénome prostatique typique.

Palpation des reins : s. p. Testicules et épидидymes indemnes. Réflexes normaux. Urètre non rétréci. Le résidu vésical après miction est de 350 cc.

Au cystoscope, saillie prostatique moyenne, régulière.

Nous proposons au malade une prostatectomie en deux temps, mais faisons auparavant examiner son appareil circulatoire par nos amis, les Docteurs Foncin et Brion. Ceux-ci constatent nettement

la présence d'une aortite, caractérisée par un souffle systolique à l'aorte, et d'une hypertension artérielle (21/10 cc. de mercure).

Urée sanguine, 0 g. 62.

Le malade est jugé opérable, à condition de lui donner de la digitaline deux jours avant et trois jours après chacune des deux opérations. Après quelques séances de sondage et de lavage de la vessie, M. R... est admis à la Maison de santé du Diaconat.

Le 29 mai 1929, j'effectue une cystostomie sous anesthésie locale. L'opéré rentre chez lui le 15 juin en bon état. Il est entendu qu'il reviendra sous peu pour subir la prostatectomie, après examen de l'azotémie et de la P. S. P.

Cette deuxième intervention subit malheureusement un retard assez considérable, car l'opéré contracta, un mois après son retour, une pneumonie des plus graves avec des troubles très sérieux de myocardite. Il survécut heureusement à ces complications.

Une radiographie du thorax, prise après sa guérison, permit les constatations suivantes (Docteur Schaaff) :

« Diaphragme gauche adhérent latéralement, de mobilité réduite (adhérence pleurétique à gauche). Thorax large avec élargissement des espaces intercostaux. Poumons : emphysème prononcé, cicatrices dans le sommet gauche. Condensations dans la région sus-hilaire gauche avec une petite zone claire au centre (reliquat d'infiltration aiguë centrale gauche avec petit abcès pulmonaire central).

» En somme, lésions tuberculeuses cicatrisées du sommet gauche et résidu d'une pneumonie gauche.

» Cœur : un peu agrandi vers la gauche. Aorte : élargie, opaque, rigide (athéromatose de l'aorte). »

Nouvelle alerte le 4 septembre : infarctus pulmonaire.

Je revois le malade le 26 septembre.

Azotémie, 0 g. 43; P. S. P., 55 p. 100. Comme il présente encore des crachats sanglants, l'opération est de nouveau remise.

Enfin, tout rentre dans l'ordre, et M. R... est réadmis au Diaconat le 4 novembre.

Azotémie, 0 g. 75; P. S. P., 50 p. 100.

La prostatectomie est décidée; deux jours avant et trois jours après l'intervention, digitaline et sérum de Weil-Dufourt.

Prostatéctomie le 7 novembre 1929 sous anesthésie épidurale et locale au niveau de l'orifice sus-pubien. L'opération est assez difficile, car la prostate a pour ainsi dire « fondu » depuis la cystostomie. Je n'arrive que péniblement à énucléer un petit adénome obstruant le col. La pièce opératoire présentant en un point une induration très nette, j'ai quelques craintes au sujet d'un néoplasme, et je l'adresse au Professeur Géry pour analyse histologique.

Les suites opératoires sont des plus favorables. Sonde urétrale à demeure le 16 novembre. La fistule sus-pubienne se ferme rapidement; néanmoins, par prudence, la sonde urétrale n'est retirée définitivement que le 8 décembre.

L'opéré urine très facilement; deux à trois mictions nocturnes. Il est sondé le 13 novembre; pas de résidu vésical.

Je me propose d'examiner ultérieurement l'appareil urinaire de ce malade au point de vue de la tuberculose.

Examen histologique de la pièce opératoire (Professeur Géry). — Les coupes provenant de la pièce opératoire envoyée au laboratoire montrent deux sortes de lésions.

On observe d'abord l'aspect habituel de l'hyperplasie adénomateuse diffuse de la prostate; sans jamais constituer de tumeur précise et définie, c'est-à-dire d'adénome vrai, les culs-de-sac glandulaires sont plus nombreux que normalement; leurs contours sont plus compliqués; ils sont également plus volumineux; souvent, ils s'approchent les uns des autres; ils se gonflent, deviennent kystiques et souvent confondent leurs cavités en une autre plus grande et plus ou moins irrégulière par suite de la disparition de leurs parois.

On trouve en outre sur la plupart des coupes des manifestations histologiquement caractéristiques de tuberculose. Ce sont soit des follicules, soit des tubercules plus ou moins volumineux, mais ne dépassant cependant pas un volume médiocre, quelques millimètres au plus; leur centre est caséux; autour, on note la présence du granulome tuberculeux, avec ses zones épithélioïde et lymphoïde et des cellules géantes; le tout est enveloppé par une couche scléreuse parfois assez épaisse. Ces nodules se rencontrent surtout dans les cloisons conjonctivo-musculaires, mais on en rencontre

aussi dans les lobules glandulaires. Plusieurs, en rapport étroit avec des vaisseaux, se sont développés soit autour d'eux, soit à leur contact immédiat.

Quelques culs-de-sac glandulaires, sans présenter de lésions histologiquement spécifiques, montrent cependant une infiltration leucocytaire de leur paroi et une lumière collabée.

Il serait imprudent de vouloir préciser de façon absolue l'ordre d'apparition de ces deux espèces de lésions et de les rattacher l'une à l'autre. Toutefois, on ne trouve pas de relations topographiques étroites entre elles, il est fréquent de rencontrer des tubercules au voisinage de parties de la glande bien moins hyperplasiques que d'autres régions indemnes de lésions spécifiques. Il semble vraisemblable que la tuberculose est ici un épiphénomène venu compliquer, par voie sanguine, une hyperplasie adénomateuse préexistante.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Dans les quatre observations que nous publions, l'infection tuberculeuse n'est pas douteuse, et seulement dans trois de ces cas nous n'avons pu retrouver l'empreinte de cette étiologie.

Mais pourquoi cette affection est-elle si rare ? Ou plutôt ne doit-on pas considérer cette rareté plus apparente que réelle ? Car elle est toujours une découverte opératoire. Cependant, la prostate du prostatique se prête merveilleusement à l'infection : toutes les conditions qui peuvent réaliser la pénétration du germe et faciliter son développement se trouvent ici réunies.

Faut-il rappeler la vascularisation si riche de la prostate adulte, les connexions des plexus périprostatiques avec tous les systèmes veineux voisins. Les veines de l'urètre, du bulbe, des plexus de Santorini, communiquent en avant avec le réseau prostatique, qui reçoit en arrière les hémorroïdales, et sur les côtés les plexus vésicaux. Il y a là, suivant l'expression de Tuffier (thèse Paris, 1883), « un véritable carrefour veineux dont le point central est la prostate ». Il est évident que cette congestion favorise l'apport de bacilles tuberculeux qui se trouvent en d'autres points de l'organisme.

Ainsi dans cette tumeur, qui ne possède pas tous ses moyens de défense contre le bacille de Koch, l'infection tuberculeuse peut-elle bien se développer.

La rareté des cas est peut-être due à ce que la tuberculose

est peu fréquente chez le vieillard qui a atteint l'âge prostatique. Ou encore, comme le dit Friedmann dans sa thèse (Paris, 1925), « parce que l'existence de cette complication n'était pas admise par les auteurs, qui faisaient entrer la lésion tuberculeuse de l'adénome prostatique dans le même chapitre que la tuberculose de la prostate ».

Comme cause première de cette tuberculose de l'adénome prostatique, nous devons étudier l'état du malade. Car toutes les observations (sauf celle de M. Marion) parlent d'antécédents tuberculeux du malade. Dans l'observation de M. le Professeur Duvergey, nous lisons que le malade avait « au niveau du 5^e espace intercostal, au-dessous et à gauche du mamelon, une ulcération consécutive à un abcès froid, ouvert, à bords décollés, violacé et aminci, à fond grisâtre. La côte sous-jacente est tuméfiée et un peu douloureuse. Postérieurement, au-dessous de l'ulcération précédente, abcès froid non fistulisé avec une 7^e côte un peu douloureuse à son niveau ».

Le malade de M. Legueu et M. Verliac avait eu, en 1915, une double épидидymite fistulisée, qui a suppuré jusqu'en 1922.

A ce point de vue, M. Boeckel écrit dans son observation : « Lésions tuberculeuses cicatrisées du sommet gauche, et résidu d'une pneumonie gauche. »

L'étiologie de la tuberculose de l'adénome de la prostate peut donc se résumer ainsi :

- 1° Etat tuberculeux du malade;
 - 2° Etat pathologique de la prostate.
-

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Dans notre premier chapitre, nous avons étudié brièvement la tuberculose de la prostate et les voies de cette tuberculisation, qui pouvaient être diverses. Mais, dans le cas spécial qui nous occupe, ces mêmes voies peuvent-elles servir de la même façon de chemin au microbe. C'est ce que nous allons étudier dans ce chapitre.

Or, qu'est-ce que l'adénome de la prostate ? C'est une tumeur bénigne développée aux dépens des glandes de l'urètre sous-prostatique. Ce néoplasme, présentant une faible vascularisation, se trouve donc dans le tissu de la prostate même qui l'entoure, et qui est très vascularisé. Ses connexions avec l'organisme se font évidemment par la prostate et par l'urètre. Le bacille tuberculeux, pour atteindre l'adénome, va, par conséquent, être obligé de suivre deux voies :

1° la voie sanguine et lymphatique;

2° la voie uro-génitale.

Le bacille peut arriver de la prostate embolisé par la voie sanguine. Dans deux de nos observations, nous remarquons que nos malades ont des anciennes lésions pulmonaires. Aussi, on peut admettre que le bacille de Koch peut partir de ces foyers à la faveur d'une rupture vasculaire et partir vers la prostate, qui est entourée d'une vascularisation intense par suite de la congestion due à l'adénome. Du pourtour de la prostate, le bacille peut toujours, par voie sanguine, arriver à l'adénome, où il va se localiser, vu le peu de résistance à l'infection de l'adénome, qui est presque avasculaire. M. Legueu a, en effet, démontré que les microbes tels que le staphylocoque et le streptocoque se fixent de

préférence dans l'adénome parce que l'adénome, étant avasculaire, a une vitalité diminuée, par conséquent moins réfractaire à une infection que les tissus bien vascularisés tels que la prostate. C'est pour cette raison que le bacille de Koch traverse la prostate sans s'y arrêter ni causer aucune lésion, comme nous le prouvent nos observations.

Ainsi cette voie sanguine nous paraît jouer un rôle prépondérant. Nous nous trouvons dans le cadre d'une septicémie peu intense, il est vrai, mais probablement existante.

M. le Professeur J. Duvergey insiste également sur la vascularisation de la région prostatique. En effet, voici ce qu'il dit à ce sujet : « La tuberculose frappe, de préférence, les organes à vascularisation intense. Or, qu'y a-t-il de plus congestionné qu'une région prostatique où évolue un adénome ?... ».

Nous dirons donc que la voie sanguine joue un rôle capital dans cette infection de l'adénome de la prostate. Les lésions tuberculeuses siègent d'abord à la périphérie, puis s'étendent de proche en proche vers le centre de l'organe, qui est moins résistant.

Il nous reste à examiner la voie uro-génitale, qui a été étudiée par M. Legueu, et sur laquelle il a beaucoup insisté. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « C'est le rein qui commande dans la tuberculose génito-urinaire. Le rein a pu ne pas être anatomiquement lésé, la simple élimination des bacilles a pu se faire sans lésions rénales et de là diffuser dans tout l'appareil uro-génital et y semer les lésions tuberculeuses.

» Les bacilles arrivent au rein, ils y colonisent, une légère réaction s'ensuit, qui provoque des lésions peu marquées de tuberculose. Mais, sans cesse charriés par l'urine, ils s'engagent dans l'uretère; ils y provoquent l'urétéríte. Plus tard, la cystite se déclarera... Mais, dans ce diverticule de la vessie qu'est l'urètre postérieure, il y a l'utricule prostatique et l'orifice des canaux éjaculateurs; eux aussi alors, avant l'uretère, avant la vessie, puisent les bacilles innombrables qui passent à ce niveau, et ces derniers iront colo-

niser dans la prostate, dans les vésicules séminales et le canal déférent, dans l'épididyme et, enfin, dans le testicule. »

Donc, d'après les constatations de M. le Professeur Legueu, « la tuberculose prostatique ne suit pas la tuberculose testiculaire, elle la précède le plus souvent ».

Ainsi, dans notre deuxième observation, ce ne sont pas les lésions épидидymaires qui ont dû provoquer la genèse de l'infection de l'adénome de la prostate. Ce doivent être certains bacilles de Koch, contenus dans l'urine, qui se sont arrêtés dans la prostate hypertrophiée, dépourvue de défenses et qui produisent ces lésions, pendant que d'autres continuaient leur chemin jusqu'à l'épididyme, où l'infection qu'on peut diagnostiquer se déclare.

Sur les quatre observations que nous possédons, nous pouvons constater qu'il y en a deux où le bacille de Koch a été apporté par la voie sanguine, une où il est venu par la voie urinaire, et une autre sans qu'il y ait de foyer tuberculeux connu. Dans cette dernière observation, puisqu'il n'y a pas de lésion évidente, il nous faut admettre que le bacille de Koch, ayant trouvé une porte d'entrée (intestin, rhinopharynx), a dû pénétrer dans le sang et aller se fixer dans la tumeur, qui forme le point faible de l'organisme.

En définitive, il y a donc deux voies d'apport du microbe pathogène :

1° voie sanguine;

2° voie urinaire.

Ainsi nous suivons la théorie de Guyon, qui dit que la tuberculose génitale débute le plus souvent par la prostate, et non par la voie testiculaire (épididymaire).

Nous écartons la voie épидидymaire parce que la vascularisation de la prostate, due à l'adénome, étant intense et l'urine stagnant dans l'urètre prostatique sont des causes suffisantes pour que les microbes se fixent sur l'adénome. Que les micro-organismes viennent par le sang ou par l'urine, ils passent dans le voisinage de la tumeur, où ils pénètrent et y cultivent, pour produire les lésions tuberculeuses.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les signes qui peuvent nous guider vers la possibilité d'une infection tuberculeuse secondaire de l'adénome de la prostate sont difficiles à définir.

Les malades sont des prostatiques banaux : la miction est hésitante et difficile, le jet est faible, la pollakiurie nocturne, dysurie, pesanteur du bas-ventre et un peu de rétention. Aussi, l'infection de l'adénome passe-t-elle inaperçue, quelquefois on voit survenir sans cause appréciable une nouvelle augmentation dans la gêne des mictions : le cathétérisme est devenu plus difficile.

Rien ne nous fait penser à une tuberculose de l'adénome, sauf le toucher rectal, si du moins l'abcès se trouve au voisinage du rectum. Dans ce cas, au lieu d'avoir la sensation de résistance, de dureté particulière que donne la prostate hypertrophiée, le doigt explorateur se rend compte que l'adénome se laisse déprimer. La configuration extérieure de la tumeur n'est plus d'une régularité parfaite. Le malade n'accuse pas la moindre douleur à la pression. Aussi est-ce là que l'on peut trouver les éléments de notre diagnostic. M. le Professeur J. Duvergey est le seul qui ait pu poser l'hypothèse d'un adénome tuberculisé, grâce à cette différence de consistance et à ces zones ramollies que la tumeur présentait au toucher rectal.

Mais nous croyons qu'il faut que les lésions soient très avancées, avec des ramollissements caverneux et une imprégnation tuberculeuse de l'organisme, pour que l'on puisse

émettre le diagnostic de tuberculose de l'adénome de la prostate. Le plus souvent, c'est une trouvaille opératoire.

Complications. — En dehors des complications de l'hypertrophie de la prostate, la présence d'une tuberculose de l'adénome n'est pas sans danger pour le malade, surtout si l'abcès s'ouvre à l'extérieur. Le pus s'écoule alors soit dans l'urètre (infecte : vessie, rein, épididyme et testicule), soit dans le rectum, et pourra parfois, dans les cas extrêmes, produire des fistules uréthro-prostato-rectales.

*
**

La tuberculose de l'adénome de la prostate présente à étudier deux sortes de lésions : la néoformation adénomateuse et la lésion tuberculeuse.

L'adénome infecté par le bacille de Koch ne diffère en rien, au point de vue histologique, d'un adénome pur. Les cellules sont très agrandies : c'est le seul caractère qui s'offre à nous.

Dans les observations de J. Duvergey et de Marion, la lésion tuberculeuse est localisée surtout au centre, avec quelques petits foyers dans son voisinage. Dans les deux autres observations, au contraire, on trouve sur toutes les coupes ces manifestations caractéristiques de tuberculose.

Comme lésion tuberculeuse, nous pouvons trouver soit des follicules, soit des tubercules plus ou moins volumineux à centre caséux. Ces follicules montrent bien la nature de la lésion et écartent l'idée d'une infection banale. Ils se reconnaissent à leur forme arrondie avec cellules géantes à noyau en fer à cheval au centre. Autour de ces lésions, on note une importante infiltration de lymphocytes. Enfin, on trouve à la périphérie les cellules épithélioïdes disposées en couronne.

Il semble que la localisation de la tuberculose dans l'adénome est variable, car elle peut être au centre ou, au contraire, disséminée dans toute la tumeur.

CONCLUSIONS.

Après l'étude que nous venons de faire de la tuberculose de l'adénome de la prostate, il nous semble possible d'en tirer les conclusions suivantes :

I. — La fréquence de cette infection est plus grande qu'on ne le pense, car souvent elle passe inaperçue.

II. — Cette infection est greffée secondairement sur l'adénome et elle n'est pas la cause du développement de cette tumeur.

III. — Au point de vue symptomatologie, nous trouvons les mêmes signes que dans le cas d'un adénome seul; quelquefois, il y a une augmentation des troubles de la miction.

IV. — Le diagnostic présentera toujours des difficultés. Mais cette difficulté ne provient-elle pas de l'élimination de la bacillose, par suite de l'âge avancé du sujet. Aussi faudra-t-il explorer complètement la tumeur et bien interpréter les signes que nous donne le toucher rectal.

V. — Cette infection de l'adénome par le bacille de Koch est due à la voie sanguine et à la voie urinaire.

VI. — Le traitement que nous emploierons dans cette affection, si nous pouvons la diagnostiquer, sera chirurgical, car les suites opératoires sont favorables.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 décembre 1934

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTRALDI. — Les infections de l'adénome prostatique. *Arch. urol. de la clinique de Necker*.
- BOECKEL (A.). — Lésions tuberculeuses greffées sur un adénome prostatique. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, séance 16 déc. 1929.
- DUVERGEY (J.). — Un cas d'adénome prostatique tuberculisé secondairement. XXIII^e session de l'Association française d'urologie, Paris, 1923, p. 632.
- FORGUE (E.). — Pathologie externe.
- FRIEDMANN (G.). — La tuberculose de l'adénome prostatique. Thèse Paris, 1925.
- FERNET. — De l'infection tuberculeuse par voies génitales. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*.
- LEGUEU et VERLIAC. — Tuberculose développée sur un adénome prostatique. *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, 27 avril 1925.
- LEGUEU. — Traité d'urologie, p. 623.
- Les infections de l'adénome prostatique. *Le Monde médical*, 15 mars 1925.
- MARION. — *Bull. de la Soc. franç. d'urol.*, 27 avril 1925, p. 93.
- PAPIN (E.) et VERLIAC (H.). — Etude sur les tumeurs bénignes uréthroprostatiques.
- SAINT-CÈNE. — Absès de la prostate. Thèse Paris, 1901.
- VILLARD. — Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Thèse Lyon, 1894.

